

# *Er is disciplinebreed sprake van relatieve onbevoegdheid en onbekwaamheid op het gebied van kwetsbare ouderen*

**T. J. E. M. Bakker**

**Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie**

ISSN 0167-9228

Tijdschr Gerontol Geriatr  
DOI 10.1007/s12439-016-0192-2



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Vilans. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

## Commentaar

# Er is disciplinebreed sprake van relatieve onbevoegdheid en onbekwaamheid op het gebied van kwetsbare ouderen

T. J. E. M. Bakker

### Samenvatting

De laatste jaren is er veel te doen over de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de snel groeiende groep kwetsbare ouderen, specifiek de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. De bescheiden resultaten uit wetenschappelijk onderzoek naar mogelijke verbetering, zoals die naar voren komen in het NPO-programma, laten zien dat interventies bij kwetsbare ouderen niet gemakkelijk succesvol zijn toe te passen. De afgesproken interventies worden in de helft van de gevallen niet uitgevoerd. Onderzoek laat zien dat op het gebied van kwetsbare ouderen de opleiding van professionals (o.a. verpleegkundigen, artsen) ernstig tekortschiet. Het gevolg van de tekortschietende opleidingen is dat er bij de meeste disciplines sprake is van relatieve onbevoegdheid en onbekwaamheid op het gebied van de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen. Regering, inspectie en betrokken koepelorganisaties zouden de focus hierop moeten richten in plaats van de controle aan te scherpen. Als we ons beleid niet veranderen en niet investeren in de oplossing van de fundamentele tekortkomingen in het onderwijs, inclusief de herregistraties, blijven we bouwen op drijfzand.

Het opstellen van een convenant tussen veldpartijen en IGZ/VWS en OCW lijkt een volgende noodzakelijke stap om dit fundamentele opleidingsprobleem binnen vijf jaar tot een oplossing te brengen

**Sleutelwoorden** Kwetsbare ouderen · professionalisering · competenties · onderwijsachterstand

### Abstract

There is much negative publicity about the health care for the frail elderly especially in nursing homes. However, in scientific research programs the results are also quite disappointing. We see a low percentage (< 50 %) of treatment fidelity in the intervention programs at stake. Research on the education content with respect to the frail elderly showed that this is very poor for every profession. From the perspective of formal education the professionals who provide treatment and care the frail

elderly are relatively unqualified and incompetent. Government, health inspection and umbrella organizations should focus on solving this issue instead of enforcing their control mechanisms. Formal education is the hallmark of quality treatment and care especially in case of complex and unpredictable health problems of the frail elderly. If we don't change our policy and don't invest in the solution of fundamental educational shortcomings we continue to build on quicksand.

To formulate and subscribe a smart covenant by the key players to solve this issue within five years is imperative.

**Keywords** Frail elderly · Professional qualification and competence · Lack of education · Layback government and inspection

---

T. J. E. M. Bakker (✉)

Kenniscentrum Zorginnovatie. Lectoraat Functiebehoud Ouderen, Hogeschool Rotterdam, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam, Nederland  
e-mail: a.j.e.m.bakker@hr.nl

## Inleiding

De laatste twee jaar en de laatste vier maanden in het bijzonder is er veel te doen over de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de snel groeiende groep kwetsbare ouderen en specifiek de verpleeghuiszorg [1]. In dit commentaar wil ik mij concentreren op de rol van de formele opleidingen en de hiervan afgeleide herregistraties. Ik kies hiervoor omdat door de jaren heen door vrijwel alle relevante partijen in rapporten, brieven en reacties met name IGZ (Inspectie Gezondheidszorg), VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en ActiZ aan de deskundigheid van de professional veel lippen-dienst is en wordt bewezen. In het voetspoor hiervan en in analogie vindt dit ook meer en meer plaats ten aanzien van bestuurders en managers (IGZ-NZa (Nederlandse Zorg autoriteit)).

## Het opleidingsperspectief

Vanuit opleidingsperspectief zijn de begrippen bevoegdheid/bekwaamheid en diploma/herregistratie cruciaal. Bij bevoegdheid gaat het erom dat de beroepsbeoefenaar het betreffende diploma heeft behaald. Bekwaamheid houdt in dat deze voldoende praktijkervaring heeft en houdt. Herregistratie betreft dan de toetsing na verloop van een bepaalde tijd (vaak vijf jaar) dat de beroepsbeoefenaar nog steeds voldoende kennis en kunde bezit voor verlenging van het diploma en de bijbehorende bekwaamheid.

Wat staat nu over deze begrippen geschreven in een aantal tijdgeestbepalende rapporten, reacties en brieven van de belangrijkste hoofdrolspelers op dit dossier, met name IGZ, ActiZ, de staatssecretaris van VWS en heel recent IGZ-NZa? Allereerst is een recent IGZ-rapport van belang als opmaat naar de maatschappelijke verantwoordiging over de verpleeghuiszorg van de laatste maanden [2].

### Nieuwsbericht | 04-07-2016

De zorg in verpleeghuizen is complexer dan ooit en dat neemt alleen maar toe ... Een derde daarvan moet zich extra inspannen om de complexe zorg aan te kunnen ...

### Uit dit rapport

... De inspecteurs beaamden het tekort aan kennis, maar benadrukten de enorme inzet en betrokkenheid van medewerkers. De inspecteurs zouden het betreuren als de medewerker als 'schuldige' wordt aangewezen. De hoogleraren (toevoeging TB: geconsulteerd door IGZ) benadrukten het tekort aan kennis en kunde zeer zeker, het

kunnen werken in de zorgverlening anno 2016 in de verpleeghuiszorg vraagt veel kennis. Het vraagt ook verbanden te kunnen leggen. Als zorgprofessionals dat niet kunnen, is dat in deze tijd niet meer acceptabel ... De conclusie is dat het vraagstuk van kennis en kunde van de medewerker sector breed speelt ...

Wat is de reactie van ActiZ op deze aspecten uit het IGZ rapport [3]?

### Uit de reactie

... Tegelijkertijd vindt ActiZ dat de conclusies van de IGZ gezien moeten worden in de context; als gevolg van de hervormingen is de zorgzwaarte van cliënten in verpleeghuizen de afgelopen tijd veel zwaarder geworden ... De personele bezetting en het opleiden van hogere gekwalificeerd personeel heeft daar geen gelijke tred mee kunnen houden. Opleiden kost immers tijd ... Naast deze gezamenlijke aanpak is ActiZ voorstander van een landelijke actieprogramma om te investeren in de kwaliteit van het personeel, in de werving van hoger opgeleiden, in bij- en nascholing en in zorgopleidingen die beter aansluiten op de veranderde zorgvraag van verpleeghuisbewoners ...

Opvallend is dat in beide stukken de relevantie van up to date deskundigheid onomstreden is zonder dat overigens dieper wordt in gegaan op wat dit concreet inhoudt. Het heeft iets van een bezwerende mantra. Zeker als je naar het recente verleden kijkt.

### Voorgeschiedenis

Twee brieven uit 2014 en 2015 van de staatssecretaris geven een vergelijkbaar beeld; Allereerst de brief: "Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen" [4].

... Ruimte voor kwaliteit professionals: er komt meer aandacht voor deskundigheid van het personeel, voor opleidingen en de juiste personeelssamenstelling om goede zorg aan cliënten te kunnen bieden. We ontwikkelen beroepsrichtlijnen voor verantwoorde zorg.

... Deze leidraad beschrijft als richtinggevend kader hoe een zorgaanbieder, komt tot de juist mix aan competenties en geeft voor de invulling daarvan een concrete aanzet. **Logischerwijs vindt ook een doorvertaling plaats naar scholing, zowel voor mensen die al in de zorg werken als nieuwe instromers. Voor deze laatste groep werk ik, samen met de minister van OCW, aan een plan van aanpak om de initiële opleidingen van zorgprofessionals beter te laten aansluiten op de gevraagde kennis en ervaring in de verpleeghuizen.** (vetgedrukt op aanwijzing TB) Een en ander moet elkaar versterken, ... met als uiteindelijk doel: "Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen".

In bovenstaande brief wordt duidelijk verwezen naar concrete lopende acties van de staatssecretaris waar hij aan werkt (zie geaccentueerde passage) samen met OCW, overigens zonder expliciet te worden in waar het inhoudelijk om gaat. In zijn volgende brief lezen we hier geen vervolg op. In tegendeel; men dient er van uit te gaan dat het deugt. Waardig leven met zorg [5].

*... Daarbij moet iedereen ervan uit kunnen gaan dat de (medische) zorg voor hun (chronische) ziekte of aandoening gebaseerd is op richtlijnen, gevalideerde methodieken en medisch wetenschappelijke kennis ...*

Op dit punt wordt verderop in de brief niet meer teruggekomen.

In 2014 heeft IGZ ook een kwaliteitsrapport over de ouderenzorg uitgebracht namelijk: Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012. [6].

*... Bij veel instellingen bleek dat de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel onvoldoende was afgestemd op de zorgbehoefte van cliënten. ... en was scholing niet structureel geregeld.*

*... Het is de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur om hier goed op te sturen, maar vaak is de vereiste kennis van het structureel werken aan verbeteringen, ook bij de medewerkers, onvoldoende aanwezig. Wat wel aanwezig is, is de intrinsieke motivatie bij medewerkers, ... De scholing was bij veel instellingen te vrijblijvend, niet toegespitst op de doelgroep en niet structureel geborgd. Zo kwam het voor dat medewerkers onbegrepen gedrag bij cliënten vaak niet goed interpreterden en de verleende zorg niet aansloot bij de behoefte van de cliënt. ... Deskundigheid zal de komende jaren alleen belangrijker worden. Ouderen die in de toekomst in een intramurale zorginstelling komen zullen dan nog complexere zorg nodig hebben dan nu.*

*Aanbevelingen: zijn*

- ActiZ, Verenso en V&VN nemen samen actie om het niveau van (bij)scholing in de intramurale ouderenzorg op een hoger niveau te brengen.
- Aanpassen van het curriculum zodat de opleidingen beter passen bij de intramurale ouderenzorg

Opmerkelijk is dat de Raad van Bestuur (overigens niet de Raad van Toezicht) in het rapport expliciet genoemd wordt. Verder valt op dat in de paragraaf 'Vervolg acties' op de genoemde zaken in het geheel niet wordt teruggekomen noch in het laatste rapport van 2016. In de praktijk is ook op dit punt geen concrete actie waar genomen sinds 2014.

In het voetspoor van boven genoemde rapporten en brieven en in analogie is recent een rapport verschenen samengesteld door IGZ en NZa ten aanzien van bestuurders en managers: Voor bestuurders en toe-

zichhouders in de zorg. Toezicht op Goed Bestuur [7].

*... Het bestuur is reflectief en aanspreekbaar. Het vraagt diezelfde houding van medewerkers en stimuleert een open klimaat waarin collega's van elkaar leren. Iedereen in de organisatie, inclusief de bestuurders en toezicht-houders, houdt zijn deskundigheid en vaardigheden op peil. Bestuurders zijn geschikt voor hun functie en onderhouden hun professionele kennis en vaardigheden onder meer door deelname aan scholings- en accreditatieprogramma's van hun beroepsvereniging.*

*... Zorgverleners handelen volgens beroepsnormen, richtlijnen en protocollen volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Ze houden aantoonbaar de vereiste deskundigheden op peil om te voldoen aan de eisen die de beroepsgroep aan hen stelt. Het gaat daarbij niet alleen om vak kennis, maar ook om sociale vaardigheden en gedragskenmerken ...*

Ook in dit rapport blijft het bij overigens terechte constatering en eisen. Concrete actie wordt echter niet voorgesteld.

### Hoe nu verder?

In de rapporten van IGZ, IGZ-NZa, maar ook in de reactie van ActiZ en de brieven van Van Rijn wordt als een soort mantra het belang van professionaliteit in termen van opleiding en deskundigheid genoemd zonder dat dit concreet gemaakt wordt of tot waarneembare actie leidt. Dit is ook wel logisch. Zonder een deugdelijke analyse is het lastig goede interventies te plegen, aangenomen dat men dit daadwerkelijk wil verbeteren en de uitspraken niet bedoeld zijn als lippendienst. Overigens is het opvallend dat allerlei toezichthoudende en populaire algemene maatregelen die worden voorgesteld wel voor een groot deel worden uitgevoerd.

Wat betreft professionaliteit, bekwaamheid en deskundigheid ontbreekt tot nu toe een essentieel besef bij IGZ, staatssecretaris, ActiZ en NZa. Uit het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van ZonMw weten we inmiddels sinds het onderzoek van Schuurmans [8] en van Bodegom [9] dat de opleidingen van artsen (basis en medisch specialisten), hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen en mbo-verzorgenden ernstig tekortschieten op het gebied van kwetsbare ouderen, waartoe ouderen in het verpleeghuis zeker behoren. Echter, ook circa 40 % van de ouderen in het ziekenhuis en een kwart van de ouderen thuis behoren hiertoe. Een schrijnend voorbeeld van de ondermaatse aandacht voor kwetsbare ouderen bij opleidingen is dat voor basisartsen circa 3 % van de opleidingstijd beschikbaar is voor het thema 'kwetsbare ouderen!' En ik denk, ook op basis van mijn ervaring als docent bij vele opleidingen, dat dit voor veel andere relevante disciplines niet veel beter zal zijn.



Bij een aantal opleidingen wordt gewerkt aan het inhalen van deze achterstand. Maar voor nu betekent dit een grote kennis- en kundekloof. Het gevolg van de tekortschietende opleidingen is dat, vanuit opleidingsperspectief, er bij de meeste disciplines sprake is van relatieve onbevoegdheid en onbekwaamheid op het gebied van de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen. Dit betekent dat aan de voorkant elk jaar duizenden nieuwe professionals de zorg instromen bijvoorbeeld als wijkverpleegkundige, verzorgende, fysiotherapeut, arts etc., die onbevoegd en onbekwaam in de praktijk met vallen en opstaan leren om de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen vorm te geven. Daarnaast speelt ook nog dat bij de herregistratie van veruit de meerderheid van de bij kwetsbare ouderen betrokken disciplines nauwelijks inhoudelijke kennis- en kunde-criteria van toepassing zijn.

De gevolgen van de ontoereikende opleidingen zien we terug in de breed maatschappelijk onderkende kwaliteitsproblemen in verpleeghuizen, maar ook in de geringe resultaten bij wetenschappelijk onderzoek in het kader van het Nationaal Programma Ouderen van ZonMw (80 miljoen euro), dat ook het ziekenhuis en thuis betrof. Deze bescheiden resultaten uit het NPO-programma laten zien dat interventies bij kwetsbare ouderen kennelijk niet gemakkelijk succesvol zijn toe te passen. Het gaat bij deze patiënten om complexe problematiek in combinatie met een hoge mate van inherente onvoorspelbaarheid. Een fraaie illustratie is de retorische vraag van professor Ruud Kempen (UM) bij de tegenvallende resultaten van een 1e lijnsonderzoek: "Hoeveel complexiteit kan een professional aan binnen de eerste lijn?"

Wat ligt hieraan ten grondslag? Uit het Zorgprogramma Preventie en Herstel-onderzoek, maar ook uit andere NPO-onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat in de eerste lijn, het verpleeghuis en in het ziekenhuis ad hoc planning van het Multi Disciplinaire Overleg (MDO) bijdroeg aan een lage uitvoeringsgraad (treatment fidelity) van afgesproken interventies met als gevolg negatieve effecten voor de patiënt en mantelzorger [10–13]. Het is kennelijk niet eenvoudig op niet-geriatrie afdelingen in het ziekenhuis de afgesproken werkwijze – specifiek gericht op de kwetsbare oudere patiënt – in voldoende mate te realiseren; een treatment fidelity van <50 % bleek de regel [10, 14].

Dit is natuurlijk geen onwil van de betrokken hulpverleners; integendeel, in het kader van onderzoek deed iedereen nog extra zijn/haar best.

Mijns inziens liggen er vanuit professioneel perspectief vier fundamentele structurele oorzaken aan ten grondslag, waarvan twee oorzaken liggen in de zorgpraktijk zelf en twee in de opleiding.

In de zorgpraktijk ligt de oorzaak bij de manier waarop de zorg georganiseerd is, met name het multidisciplinaire overleg. Hier spelen twee problemen:

1. Afgezien van de setting van een specifieke geriatrie afdeling in het ziekenhuis, is er veelal sprake van een ad hoc team, met relatieve geringe persoonlijke continuïteit van de teamleden.
2. Het multidisciplinaire overleg zelf is qua (vaste) tijdsplanning en qua inhoud (alle patiëntendata beschikbaar en hanteerbaar geordend) in de dagelijkse praktijk een moeizame aangelegenheid.

Beide factoren spelen zowel in de eerste lijn als in het ziekenhuis met transitie daartussen (opname en ontslag) als extra aanjager [15]. Het moge duidelijk zijn dat deze twee problemen grote negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de (te) leveren gezondheidszorg bij deze groep patiënten.

Wat de opleidingen betreft zijn er twee problemen aangetoond die de bescheiden resultaten van wetenschappelijk onderzoek verklaren.

1. De inhoud van de opleidingsprogramma's schiet tekort voor mbo-verzorgenden, hbo-verpleegkundigen, basisartsen en medisch specialisten (inclusief huisarts) op het gebied van kennis en kunde over kwetsbare ouderen. Zie eerder in dit commentaar.
2. Voeg hieraan toe dat multidisciplinaire samenwerkingscompetenties tot een aantal jaren terug in de opleidingen relatief stiefmoederlijk zijn behandeld.

Hierbij komt nog, dat op het gebied van management, zowel bestuurders als managers steeds minder thuis zijn op inhoudelijk terrein en daarom toenemend moeite hebben op inhoudelijke kwaliteit te sturen. Dit wringt des te meer als er nieuwe interventies moeten worden geïmplementeerd. Bij elkaar opgeteld leidt dit tot een gebrekkig fundament voor duurzame kwaliteit van zorg.

De gevolgen ervan zien we terug in de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek, maar ook in de IGZ-rapporten en de getuigenissen op de TV en in de kranten, hoeveel liefde, warmte en energie professionals er ook in steken. Aan dit laatste is gelukkig geen gebrek, maar het maskeert de fundamentele tekortkomingen, die wij bij de gezondheidszorg voor bijvoorbeeld kinderen niet zouden accepteren.

De beschreven fundamentele problematiek is er de oorzaak van dat alle inspanningen en goede bedoelingen keer op keer wegzinken in het moeras van de relatieve onbevoegdheid en onbekwaamheid. Dit geldt ook voor de tot nu toe genomen maatregelen. Zeker ook omdat deze maatregelen vooral reactief zijn en aan de achterkant (outcome) sturen. We bouwen voortdurend op drijfzand en nemen de verkeerde maatregelen in termen van toenemende beheersing, bureaucrativering en andere repressieve machtsmiddelen. Deze passen in de (controlerende en maatregelen eisende) tijdgeest, maar zijn nauwelijks gericht op de oorzaken van de problemen bij de opleidingen en herregistraties

van professionals en in hun slipstream van bestuurders/managers.

Het wordt hoog tijd de fundamenteën in orde te maken, zoals inmiddels de KNMG via het College van Geneeskundige Specialisten voor medisch specialisten (inclusief huisartsen) succesvol realiseert, ondersteund door een subsidie van VWS. Het project eindigt eind dit jaar en heeft veel lesmateriaal gegenereerd dat ook online beschikbaar is.

Bovenstaande heb ik onlangs namens V&VN en Verenso mogen presenteren aan de "Taskforce Waardigheid en Trots"[4]. Hierop werd positief gereageerd door de taskforce leden: "we hebben het weer over de

inhoud!". Inmiddels heeft ook ActiZ laten weten zich hierbij aan te sluiten. Het opstellen van een convenant tussen deze bepalende veldpartijen en IGZ/VWS en OCW lijkt een volgende logische stap om van lipdienst naar smart geformuleerde effectieve acties te komen. Immers, alle ingrediënten zijn voorhanden. Het doel van het convenant is de krachten te bundelen en focus geven opdat in 2022 alle professionals in de gezondheidszorg voor de snel groeiende groep kwetsbare ouderen – op welke plek dan ook werkzaam – bevoegd en bekwaam zijn als zij van de opleiding komen of na hun herregistratie.

---

## Literatuur

1. CBO. Move your dot: handleiding kwetsbare ouderen. Utrecht: CBO; 2006.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016.
3. <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2016/07/gezamenlijke-aanpak-nodig-om-kwaliteit-verpleeghuizen-te-verbeteren>. Geraadpleegd 20 juli 2016.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen". Kamerbrief 723246-133104-LZ. 2014–2015.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Waardig leven met zorg. Kamerbrief. 930368-147878-LZ. 2015–2016.
6. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2014.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Nationale Zorgautoriteit. Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg. Utrecht: Toezicht op Goed Bestuur; 2016.
8. Schuurmans M, Habes V, Strijbos MJ. Gerontologische en geriatrie inhoud van verpleegkunde opleidingen in Nederland. Den Haag: ZonMw; 2011.
9. Bodegom D van. Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula. Leiden: Leyden Academy; 2011.
10. Asmus-Szepesi KJ, Flinterman LE, Koopmanschap MA, Nieboer AP, Bakker TJ, Mackenbach JP, Steyerberg EW. Evaluation of the Prevention and Reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2015;30:649–61.
11. Vos AJ de, Asmus-Szepesi KJ, Bakker TJ, Vreede PL de, Wijngaarden JD van, Steyerberg EW, Mackenbach JP, Nieboer AP. Integrale interventie ter voorkoming van functieverlies bij ouderen tijdens ziekenhuisopname: het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2015;46:12–27.
12. Zwijsen SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JW, Gerritsen DL, Pot AM, Hertogh CM. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):531.e1–531.e10.
13. Metzelthin SF, Van Rossum E, De Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, Kempen GJM. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster RCT. *BMJ*. 2013;347:f5264.
14. Hartgerink JM. Opening the black box of integrated care. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus MC; 2013.
15. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. (IGZ 15–17). Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2015.